

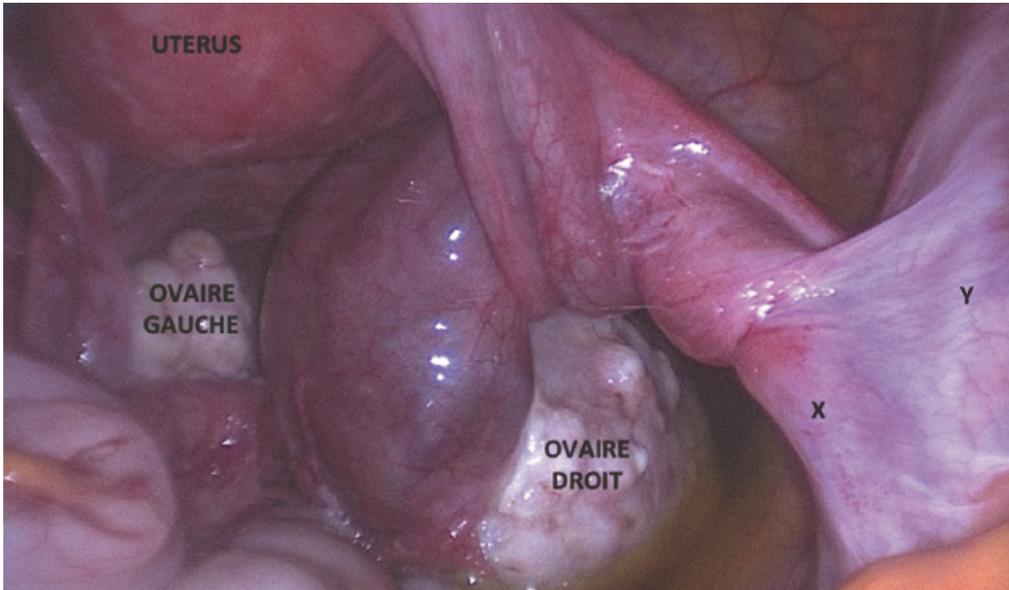
## Questions

### ITEM 39 : Algies pelviennes chez la femme

**QCM 1 :** Une patiente de 28 ans, nullipare, sans antécédent médical, consulte pour une infertilité primaire associée à des dysménorrhées évoluant depuis l'adolescence mais d'intensité croissante. Quels symptômes associés pourraient vous orienter vers une endométriose profonde ?

- A. Des dyspareunies d'intromission
- B. Des dyspareunies profondes
- C. Des dyschésies
- D. Des rectorragies
- E. Une dysurie

**QCM 2 :** Vous faites une coéloscopie opératoire pour une torsion d'annexe droite. A quoi correspondent les structures anatomiques marquées par les lettres « X » et « Y » sur le cliché ci-joint ?



- A. « X » correspond à l'uretère droit
- B. « X » correspond au ligament propre de l'ovaire droit
- C. « X » correspond au ligament lombo-ovarien droit
- D. « Y » correspond à l'artère iliaque interne droite
- E. « Y » correspond à l'artère iliaque externe droite

**QCM 3 :** Une patiente de 21 ans consulte aux urgences pour des douleurs d'apparition brutale en fosse iliaque droite. Elle a pour seul antécédent une amygdalectomie dans l'enfance. Elle est apyrétique et les bêta-hCG urinaires sont négatifs. Quel est le diagnostic à évoquer en priorité dans ce contexte ?

- A. Une grossesse extra utérine
- B. Une torsion d'annexe
- C. Une appendicite aiguë
- D. Une colique néphrétique
- E. Une cholécystite

## Réponses

**QCM 1 : Une patiente de 28 ans, nullipare, sans antécédent médical, consulte pour une infertilité primaire associée à des dysménorrhées évoluant depuis l'adolescence mais d'intensité croissante. Quels symptômes associés pourraient vous orienter vers une endométriose profonde ?**

- A. Des dyspareunies d'intromission
- B. Des dyspareunies profondes
- C. Des dyschésies
- D. Des rectorragies
- E. Une dysurie

Réponses exactes : B, C, D, E

✓ A retenir :

L'endométriose a une incidence estimée de 10 à 15% de la population féminine et atteint 40 à 50% chez les femmes infertiles. Il s'agit de la première cause de dysménorrhée et de douleurs pelviennes chroniques.

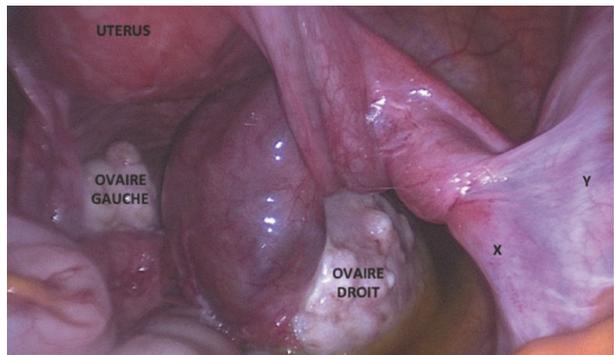
Malheureusement, le diagnostic est généralement porté 5-10 ans après le début de symptômes. Il faut l'évoquer devant les symptômes cités dans ce QCM.

- Des dyspareunies profondes peuvent faire suspecter une atteinte du torus uterinum.
- Des dyschésies et des rectorragies peuvent faire évoquer une atteinte du rectum.
- Une dysurie doit faire évoquer une atteinte de la vessie.

Un examen physique normal ou une échographie normale n'élimine pas le diagnostic.

**QCM 2 : Vous faites une coelioscopie opératoire pour une torsion d'annexe droite. A quoi correspondent les structures anatomiques marquées par les lettres « X » et « Y » sur le cliché ci-joint ?**

- A. « X » correspond à l'uretère droit
- B. « X » correspond au ligament propre de l'ovaire droit
- C. « X » correspond au ligament lombo-ovarien droit
- D. « Y » correspond à l'artère iliaque interne droite
- E. « Y » correspond à l'artère iliaque externe droite



Réponses exactes : C, E

✓ A retenir :

Les questions d'anatomie sont une source inépuisable de QCM pour l'ECN version 2016, ne pas les négliger !

**QCM 3 : Une patiente de 21 ans consulte aux urgences pour des douleurs d'apparition brutale en fosse iliaque droite. Elle a pour seul antécédent une amygdalectomie dans l'enfance. Elle est apyrétique et les bêta-hCG urinaires sont négatifs. Quel est le diagnostic à évoquer en priorité dans ce contexte ?**

- A. Une grossesse extra-utérine
- B. Une torsion d'annexe
- C. Une appendicite aiguë
- D. Une colique néphrétique
- E. Une cholécystite

Réponse exacte : B

✓ A retenir :

La torsion d'annexe est une urgence thérapeutique à évoquer devant toute douleur aiguë en fosse iliaque chez une patiente avec des bêta-hCG négatifs. La prise en charge chirurgicale doit être effectuée dans les 06h00 après le début des douleurs pour limiter le risque de nécrose ovarienne et préserver le capital folliculaire.

## ALGIES PELVIENNES CHEZ LA FEMME

- Argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.

<b>Zéros</b>	<b>1. Diagnostic :</b>																																				
<p>Aiguës :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- GEU</li> <li>- Torsion d'annexe</li> <li>- Salpingite</li> <li>- Rupture de kyste +/- hémorragique</li> </ul> <p>Cycliques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dysménorrhée</li> <li>- Syndrome intermenstruel</li> <li>- Syndrome prémenstruel</li> </ul> <p>Endométriose :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Femme jeune</li> <li>- Douleur</li> <li>- Dysménorrhée</li> <li>- Dyspareunie profonde</li> </ul> <p>Localisations :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ligaments utéro-sacrés</li> <li>o Cloison recto-vaginale (TR)</li> <li>o Vessie</li> <li>o Ovaires (endométriome)</li> <li>o Myomètre (adénomyose)</li> </ul> <p>- Echographie + IRM (hyperT<sub>1</sub> et hypoT<sub>2</sub>)</p> <p>- Coelioscopie diagnostique, pronostique et thérapeutique</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;"><b>Anamnèse</b></td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Antécédents</b> personnels médico-chirurgicaux et familiaux</li> <li>- Antécédents gynéco-obstétricaux</li> <li>- <b>Caractéristiques de la douleur</b></li> <li>- <b>Périodicité de la douleur par rapport aux règles</b></li> <li>- <b>Signes associés</b> : Signes fonctionnels urinaires et digestifs Gynécologique : Dysménorrhée Infectieux : leucorrhées, métrorragies Troubles sexuels : dyspareunie</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Examen physique</b></td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Général : âge, syndrome infectieux</li> <li>- Examen de l'<b>abdomen</b> : palpation, percussion fosses lombaires</li> <li>- Examen ostéo-articulaires</li> <li>- Examen <b>gynécologique</b> complet</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Paraclinique</b></td> <td>- Examens orientés par la clinique</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><b>2. Algies pelviennes aiguës :</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;"><b>Obstétricales</b></td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>GEU</b> : Toute douleur pelvienne chez une femme en âge de procréer est une GEU jusqu'à preuve du contraire</li> <li>- Avortement spontané précoce : Douleur pelvienne du 1<sup>er</sup> trimestre</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Salpingite aiguë</b></td> <td>- Cf. item 88</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Torsion d'annexe</b></td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Survient en général sur un kyste de l'ovaire</li> <li>- Douleur brutale, intolérable, résistante aux antalgiques usuels</li> <li>- Masse latéro-utérine unilatérale et très douloureuse</li> <li>- <b>Coelioscopie en urgence : détorsion</b></li> </ul> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Rupture d'un kyste ovarien</b></td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Douleur brutale de résolution spontanée en quelques jours</li> <li>- Risque de choc hémorragique si rupture hémorragique</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Hémorragie intra-kystique</b></td> <td>- Douleur pelvienne latéralisée d'installation brutale</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Torsion d'un fibrome</b></td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Traitement symptomatique, risque de rupture hémorragique secondaire</li> <li>- Fibrome sous-séreux pédiculé</li> <li>- Tableau de torsion d'annexe</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Nécrobiose aseptique</b></td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Douleur intense, <b>fièvre</b></li> <li>- Fibrome <b>augmenté de volume, ramolli</b> (gros utérus mou)</li> <li>- Image en cocarde à l'écho</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Extra-génitales</b></td> <td>- Douleurs ostéo-musculaires, digestives, urinaires</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><b>3. Algies pelviennes chroniques : durée &gt; 6 mois</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;"><b>Endométriose</b></td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terrain : femme jeune</li> <li>- <b>Douleur abdominales</b>, lombaires, sacrées avec ou sans rapport avec le cycle</li> <li>- Pathologies associées : Infertilité, troubles du cycle Pneumothorax : endométriose thoracique</li> <li>- Signes fonctionnels : <b>Dysménorrhée secondaire, tardive (J<sub>2</sub>-J<sub>3</sub>)</b> <b>Dyspareunie profonde</b> Signes fonctionnels urinaires et rectaux</li> <li>- Examen clinique : <b>Nodules violacés cervico-vaginaux</b> <b>Rétroversion utérine</b></li> <li>- <b>IRM</b> : diagnostic positif et extension</li> <li>- <b>Coelioscopie</b> diagnostique et thérapeutique</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Adénomyose</b></td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terrain : femme multipare, en préménopause</li> <li>- Signes fonctionnels : <b>Ménorragies</b> <b>Dysménorrhée secondaire et tardive</b></li> <li>- Examen clinique : <b>utérus dur, augmenté de volume</b></li> <li>- <b>Hystérocopie</b> diagnostique</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Séquelles d'infections</b></td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Salpingite subaiguë, chronique : diagnostic coelioscopique</li> <li>- Traitement : antibiothérapie prolongée, AINS</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Malpositions utérines</b></td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Rétroversions</b> : Malposition utérine réductible, parfois fixée (endométriome) Pesanteur à l'effort, douleurs à irradiation anale, dyspareunie</li> <li>- <b>Syndrôme de Masters et Allen</b> : douleurs pelviennes orthostatiques Déficit sévère des moyens de <b>fixité utérins</b> Dû à des traumatismes obstétricaux <b>Mobilité anormale</b> du col de l'utérus par rapport au corps utérin</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Congestion pelvienne</b></td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de valvules sur les veines du petit bassin</li> <li>- Varicocèle lombo-ovarien, douleurs, pesanteur</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Extra-génital</b></td> <td>- Douleurs ostéo-musculaires, digestives, urinaires</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Psychogène</b></td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Diagnostic d'élimination</b> : somatisation des conflits psychoaffectifs</li> <li>- Richesse de la symptomatologie et pauvreté de l'examen clinique</li> </ul> </td> </tr> </table>	<b>Anamnèse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Antécédents</b> personnels médico-chirurgicaux et familiaux</li> <li>- Antécédents gynéco-obstétricaux</li> <li>- <b>Caractéristiques de la douleur</b></li> <li>- <b>Périodicité de la douleur par rapport aux règles</b></li> <li>- <b>Signes associés</b> : Signes fonctionnels urinaires et digestifs Gynécologique : Dysménorrhée Infectieux : leucorrhées, métrorragies Troubles sexuels : dyspareunie</li> </ul>	<b>Examen physique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Général : âge, syndrome infectieux</li> <li>- Examen de l'<b>abdomen</b> : palpation, percussion fosses lombaires</li> <li>- Examen ostéo-articulaires</li> <li>- Examen <b>gynécologique</b> complet</li> </ul>	<b>Paraclinique</b>	- Examens orientés par la clinique	<b>Obstétricales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>GEU</b> : Toute douleur pelvienne chez une femme en âge de procréer est une GEU jusqu'à preuve du contraire</li> <li>- Avortement spontané précoce : Douleur pelvienne du 1<sup>er</sup> trimestre</li> </ul>	<b>Salpingite aiguë</b>	- Cf. item 88	<b>Torsion d'annexe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Survient en général sur un kyste de l'ovaire</li> <li>- Douleur brutale, intolérable, résistante aux antalgiques usuels</li> <li>- Masse latéro-utérine unilatérale et très douloureuse</li> <li>- <b>Coelioscopie en urgence : détorsion</b></li> </ul>	<b>Rupture d'un kyste ovarien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Douleur brutale de résolution spontanée en quelques jours</li> <li>- Risque de choc hémorragique si rupture hémorragique</li> </ul>	<b>Hémorragie intra-kystique</b>	- Douleur pelvienne latéralisée d'installation brutale	<b>Torsion d'un fibrome</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Traitement symptomatique, risque de rupture hémorragique secondaire</li> <li>- Fibrome sous-séreux pédiculé</li> <li>- Tableau de torsion d'annexe</li> </ul>	<b>Nécrobiose aseptique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Douleur intense, <b>fièvre</b></li> <li>- Fibrome <b>augmenté de volume, ramolli</b> (gros utérus mou)</li> <li>- Image en cocarde à l'écho</li> </ul>	<b>Extra-génitales</b>	- Douleurs ostéo-musculaires, digestives, urinaires	<b>Endométriose</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terrain : femme jeune</li> <li>- <b>Douleur abdominales</b>, lombaires, sacrées avec ou sans rapport avec le cycle</li> <li>- Pathologies associées : Infertilité, troubles du cycle Pneumothorax : endométriose thoracique</li> <li>- Signes fonctionnels : <b>Dysménorrhée secondaire, tardive (J<sub>2</sub>-J<sub>3</sub>)</b> <b>Dyspareunie profonde</b> Signes fonctionnels urinaires et rectaux</li> <li>- Examen clinique : <b>Nodules violacés cervico-vaginaux</b> <b>Rétroversion utérine</b></li> <li>- <b>IRM</b> : diagnostic positif et extension</li> <li>- <b>Coelioscopie</b> diagnostique et thérapeutique</li> </ul>	<b>Adénomyose</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terrain : femme multipare, en préménopause</li> <li>- Signes fonctionnels : <b>Ménorragies</b> <b>Dysménorrhée secondaire et tardive</b></li> <li>- Examen clinique : <b>utérus dur, augmenté de volume</b></li> <li>- <b>Hystérocopie</b> diagnostique</li> </ul>	<b>Séquelles d'infections</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Salpingite subaiguë, chronique : diagnostic coelioscopique</li> <li>- Traitement : antibiothérapie prolongée, AINS</li> </ul>	<b>Malpositions utérines</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Rétroversions</b> : Malposition utérine réductible, parfois fixée (endométriome) Pesanteur à l'effort, douleurs à irradiation anale, dyspareunie</li> <li>- <b>Syndrôme de Masters et Allen</b> : douleurs pelviennes orthostatiques Déficit sévère des moyens de <b>fixité utérins</b> Dû à des traumatismes obstétricaux <b>Mobilité anormale</b> du col de l'utérus par rapport au corps utérin</li> </ul>	<b>Congestion pelvienne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de valvules sur les veines du petit bassin</li> <li>- Varicocèle lombo-ovarien, douleurs, pesanteur</li> </ul>	<b>Extra-génital</b>	- Douleurs ostéo-musculaires, digestives, urinaires	<b>Psychogène</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Diagnostic d'élimination</b> : somatisation des conflits psychoaffectifs</li> <li>- Richesse de la symptomatologie et pauvreté de l'examen clinique</li> </ul>
<b>Anamnèse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Antécédents</b> personnels médico-chirurgicaux et familiaux</li> <li>- Antécédents gynéco-obstétricaux</li> <li>- <b>Caractéristiques de la douleur</b></li> <li>- <b>Périodicité de la douleur par rapport aux règles</b></li> <li>- <b>Signes associés</b> : Signes fonctionnels urinaires et digestifs Gynécologique : Dysménorrhée Infectieux : leucorrhées, métrorragies Troubles sexuels : dyspareunie</li> </ul>																																				
<b>Examen physique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Général : âge, syndrome infectieux</li> <li>- Examen de l'<b>abdomen</b> : palpation, percussion fosses lombaires</li> <li>- Examen ostéo-articulaires</li> <li>- Examen <b>gynécologique</b> complet</li> </ul>																																				
<b>Paraclinique</b>	- Examens orientés par la clinique																																				
<b>Obstétricales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>GEU</b> : Toute douleur pelvienne chez une femme en âge de procréer est une GEU jusqu'à preuve du contraire</li> <li>- Avortement spontané précoce : Douleur pelvienne du 1<sup>er</sup> trimestre</li> </ul>																																				
<b>Salpingite aiguë</b>	- Cf. item 88																																				
<b>Torsion d'annexe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Survient en général sur un kyste de l'ovaire</li> <li>- Douleur brutale, intolérable, résistante aux antalgiques usuels</li> <li>- Masse latéro-utérine unilatérale et très douloureuse</li> <li>- <b>Coelioscopie en urgence : détorsion</b></li> </ul>																																				
<b>Rupture d'un kyste ovarien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Douleur brutale de résolution spontanée en quelques jours</li> <li>- Risque de choc hémorragique si rupture hémorragique</li> </ul>																																				
<b>Hémorragie intra-kystique</b>	- Douleur pelvienne latéralisée d'installation brutale																																				
<b>Torsion d'un fibrome</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Traitement symptomatique, risque de rupture hémorragique secondaire</li> <li>- Fibrome sous-séreux pédiculé</li> <li>- Tableau de torsion d'annexe</li> </ul>																																				
<b>Nécrobiose aseptique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Douleur intense, <b>fièvre</b></li> <li>- Fibrome <b>augmenté de volume, ramolli</b> (gros utérus mou)</li> <li>- Image en cocarde à l'écho</li> </ul>																																				
<b>Extra-génitales</b>	- Douleurs ostéo-musculaires, digestives, urinaires																																				
<b>Endométriose</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terrain : femme jeune</li> <li>- <b>Douleur abdominales</b>, lombaires, sacrées avec ou sans rapport avec le cycle</li> <li>- Pathologies associées : Infertilité, troubles du cycle Pneumothorax : endométriose thoracique</li> <li>- Signes fonctionnels : <b>Dysménorrhée secondaire, tardive (J<sub>2</sub>-J<sub>3</sub>)</b> <b>Dyspareunie profonde</b> Signes fonctionnels urinaires et rectaux</li> <li>- Examen clinique : <b>Nodules violacés cervico-vaginaux</b> <b>Rétroversion utérine</b></li> <li>- <b>IRM</b> : diagnostic positif et extension</li> <li>- <b>Coelioscopie</b> diagnostique et thérapeutique</li> </ul>																																				
<b>Adénomyose</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terrain : femme multipare, en préménopause</li> <li>- Signes fonctionnels : <b>Ménorragies</b> <b>Dysménorrhée secondaire et tardive</b></li> <li>- Examen clinique : <b>utérus dur, augmenté de volume</b></li> <li>- <b>Hystérocopie</b> diagnostique</li> </ul>																																				
<b>Séquelles d'infections</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Salpingite subaiguë, chronique : diagnostic coelioscopique</li> <li>- Traitement : antibiothérapie prolongée, AINS</li> </ul>																																				
<b>Malpositions utérines</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Rétroversions</b> : Malposition utérine réductible, parfois fixée (endométriome) Pesanteur à l'effort, douleurs à irradiation anale, dyspareunie</li> <li>- <b>Syndrôme de Masters et Allen</b> : douleurs pelviennes orthostatiques Déficit sévère des moyens de <b>fixité utérins</b> Dû à des traumatismes obstétricaux <b>Mobilité anormale</b> du col de l'utérus par rapport au corps utérin</li> </ul>																																				
<b>Congestion pelvienne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de valvules sur les veines du petit bassin</li> <li>- Varicocèle lombo-ovarien, douleurs, pesanteur</li> </ul>																																				
<b>Extra-génital</b>	- Douleurs ostéo-musculaires, digestives, urinaires																																				
<b>Psychogène</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Diagnostic d'élimination</b> : somatisation des conflits psychoaffectifs</li> <li>- Richesse de la symptomatologie et pauvreté de l'examen clinique</li> </ul>																																				

#### 4. Algies pelviennes cycliques :

<b>Dysménorrhée</b> (Règles douloureuses)	<ul style="list-style-type: none"><li>- Parfois <b>très invalidante</b> à l'origine d'un absentéisme</li><li>- Formes cliniques : <b>Précoce</b> : en début de règles <b>Tardive</b> : fin de règles</li><li>- Primaire : chez l'adolescente, en général <b>fonctionnelle</b></li><li>- Secondaires : <b>Endométriose</b> <b>Sténose organique</b> du col Déplacement DIU...</li></ul>
<b>Syndrome intermenstruel</b> J <sub>15</sub>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Contemporain de l'<b>ovulation</b>, dû à la rupture d'un follicule mûr</li><li>- <b>Douleur pelvienne</b> aiguë en milieu de cycle + <b>métrorragies</b> peu abondantes</li><li>- Examen gynécologique normal : signes d'imprégnation œstrogénique</li></ul>
<b>Syndrome prémenstruel</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Fréquent : ensemble des symptômes précédant les règles (cf. item 26)</li><li>- Traité par progestatifs en 2<sup>ème</sup> partie de cycle</li></ul>